|  |  |
| --- | --- |
| Texas Workforce Solutions logo | **Texas Workforce Commission****Servicios de Rehabilitación Vocacional****Enmienda del Plan de empleo individualizado (IPE)**   |
| Con pocas excepciones, tiene derecho, previa solicitud, a que se le comunique sobre la información que VR recopila sobre usted. También tiene derecho a recibir y revisar la información, y a que VR corrija la información sobre usted que está incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023 y 559.004 del Código de Gobierno)       |
| **Objetivo de empleo**     |
| Fecha de la modificación:       |
| Yo,       | (Identificación del caso:      ) | y mi VRC (Consejero de Rehabilitación Vocacional),      , |
| hemos desarrollado y aceptado este plan de Servicios de Rehabilitación Vocacional. He elegido el objetivo de educación secundaria de:       |
| hemos desarrollado y aceptado este plan de Servicios de Rehabilitación Vocacional. Elegí el objetivo de educación postsecundaria de:       |
| He elegido el objetivo de empleo de:       |
| Código ocupacional y título:       |
| Autoempleo: [ ]  Sí [ ]  No |
| Empleo con apoyo: [ ]  Sí [ ]  No |
| Se necesitan servicios extendidos para apoyar y mantener a un cliente en el empleo: [ ]  Sí [ ]  No |
| Se espera que yo trabaje después de completar los servicios en este IPE.   |
| Los siguientes pasos son necesarios para lograr mi objetivo de empleo:      |
| Mi VRC y yo revisaremos mi progreso al menos anualmente, utilizando los siguientes criterios:      |
| **Servicios**    |
| Mi VRC y yo hemos discutido los servicios que necesito para prepararme, asegurar, retener, avanzar o recuperar un empleo integrado competitivo; y acepto que los siguientes servicios se proporcionarán, organizarán o comprarán.    |
| **De****(fecha)** | **A****(fecha)** | **Servicio** | **Proveedor del servicio** | **Método****(proporcionado, organizado o comprado)** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Responsabilidades**    |
| Mis responsabilidades para lograr mi objetivo de empleo son:       |
| Las responsabilidades de VR para asistime a alcanzar mi objetivo de empleo son:       |
| Acepto solicitar y/o usar estos servicios y beneficios comparables, que están disponibles para mí como servicios:       |
| Plan concurrente del Departamento de Asuntos de Veteranos: [ ]  Sí [ ]  No |
| Mi porción (si corresponde) del costo de estos servicios es:       |
| Mi fecha estimada de finalización de los servicios de VR:       |
| Acepto participar en asesoramiento y orientación con VRC cada (días):       |
| Acepto mantener contacto con el personal de VR cada (días):       |
| Es mi responsabilidad: * Informar a mi VRC de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono, ingresos, programas que pagan servicios o discapacidad; y
* Proporcionar autorización para trabajar en los Estados Unidos; no hacerlo resultará en la inelegibilidad de los servicios.

Con respecto a las herramientas, equipos o suministros que me proporcionaron,* Usarlos solo para el propósito acordado, y si ya no los necesito, devolverlos a VR  ; y
* Reparar y mantener, a mi propio costo, todas las herramientas y equipos que VR me ha proporcionado.
 |
| **Mi entendimiento**   |
| Entiendo que:* Este IPE no es un contrato legal. VR solo pagará por los servicios siempre que haya fondos disponibles y yo esté progresando hacia el objetivo de empleo documentado en este IPE;
* Debo mantener toda la elegibilidad para los servicios de VR, incluido mantener actualizada la autorización de trabajo y si no lo hago, resultará en mi inelegibilidad para los servicios de VR;
* Los servicios se proporcionarán en el entorno más integrado posible, de acuerdo con mi elección informada;
* Con respecto a cualquier tratamiento: al firmar este IPE, doy mi consentimiento para cualquier servicio de tratamiento prescrito; y
* Con respecto a las herramientas, equipos o suministros que se me proporcionaron, estos no me pertenecen. El estado de Texas tiene propiedad residual. Si trato de venderlos, prestarlos o disponer de ellos, puedo ser procesado.
 |
| **Mis derechos**   |
| Es mi derecho:* Elegir un representante que me represente, que puede ser mi padre/madre, tutor u otro miembro de la familia o defensor, a menos que un tribunal haya designado a un representante para que me represente;
* Llamar y hacer preguntas sobre mis servicios en la Línea de consultas de VR al 1-800-628-5115;
* Si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada por mi VRC:
	+ Quejarme con mi VRC, verbalmente o por escrito;
	+ Recibir una respuesta por escrito de mi VRC, incluida la información de contacto del Supervisor de VR; y
	+ Si aún no estoy de acuerdo, hablar directamente con el Supervisor de VR.
* Contactar al Programa de asistencia al cliente, para discutir mis inquietudes si lo deseo, al 1‑800‑252‑9108.
 |
| He estado completamente involucrado y se utilizó la elección informada en el desarrollo de este programa y he recibido una copia de este IPE.. Este programa será revisado por mí, mi representante designado, si corresponde, y mi VRC con la frecuencia que sea necesaria, pero al menos anualmente. Cualquier cambio en este programa requerirá la colaboración entre mí, mi representante designado, si corresponde, y mi VRC.     Al momento en que solicité los servicios de VR, recibí  * una copia del folleto "Una guía para los solicitantes" que describe las opciones para desarrollar el IPE; y
* una copia del folleto, "¿Podemos hablar? Procedimientos de apelación para clientes", que explica el proceso de apelaciones de VR que incluye los procedimientos de mediación y proporciona una breve descripción del Programa de asistencia al cliente (CAP).

He sido informado de mis derechos. |
| **Acordado por**   |
| Firma del cliente:**X**    | Nombre del cliente:      | Fecha:      |
| Firma de representante:**X**    | Nombre del representante (si corresponde):       | Fecha:      |
| Firma del testigo(s):**X**    | Nombre del testigo(s) (si corresponde):      | Fecha:      |
| **Aprobado por**   |
| Firma del VRC:**X**    | Firma del VRC:      | Fecha:      |